

НОВОСТИ ИЗ ДИССЕРТАЦИОННЫХ СОВЕТОВ

**Шевяков М.А. (Ученый секретарь
диссертационного совета Д208.089.04)****

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

© Шевяков М.А., 2011

NEWS OF THE DISSERTATION COUNCILS

**Shevyakov M.A. (Scientific Secretary of the
Dissertation Council D208.089.04)**

North-Western State Medical University named after I.I.Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© Shevyakov M.A., 2011

Диссертационный совет Д 208.089.04 создан при Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

В данном совете в 2011 году по специальности 03.02.12 – микология было защищено 3 диссертации (все – на соискание ученой степени кандидата медицинских наук).

Исследование Борзовой Ю.В. (вторая специальность 14.01.04 – внутренние болезни) было посвящено изучению клинико-лабораторных вариантов хронического аспергиллеза легких. Было установлено, что хроническое течение заболевания обнаружили у 40% больных инвазивным аспергиллезом легких. Хронический инвазивный аспергиллез легких возникает преимущественно у мужчин среднего возраста. У детей хроническое течение выявляли достоверно реже (6% в сравнении с 27%). Наиболее часто хронический аспергиллез легких развивается у гематологических больных (84%). Хроническое течение инвазивного аспергиллеза легких возникает чаще у пациентов с патологией легких (12% в сравнении с 1,2%). Основные факторы риска развития хронического инвазивного аспергиллеза легких: длительное цитостатическое (более 6 курсов) и глюкокортикостероидное (более 45 дней) лечение, а также длительная лимфоцитопения (более 45 дней). С практической стороны было показано, что для ранней диагностики инвазивного аспергиллеза легких у больных с факторами риска необходимо определять галактоманнан в сыворотке крови методом «*Platelia*

Aspergillus EIA» два раза в неделю. Работа была выполнена в Государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (ГОУ ДПО СПбМАПО), научные руководители – д.б.н. Васильева Н.В. и д.м.н. Климко Н.Н.

Кандидатская диссертация Пупковой М.А. посвящена изучению диагностического значения различных микромицетов, выделенных из ногтевых пластин от 508 пациентов с подозрением на наличие у них онихомикоза. Был установлен спектр микромицетов (дерматомицетов, нитчатых недерматомицетов, дрожжей и их ассоциаций), изолированных от пациентов с онихомикозом в Санкт-Петербурге. Микромицеты, выделенные из ногтевых пластин у больных онихомикозом, обладают различной кератиновой активностью: дерматомицеты – выраженной, нитчатые недерматомицеты – от выраженной до слабой и дрожжевые организмы – слабой или совсем не проявляют активности. При диагностике онихомикоза рекомендуют проводить исследование патологического материала с помощью люминесцентной (калькофлюор белый) или световой микроскопии с применением раствора *KOH+DMSO+* метиленовый синий. Работа была выполнена в ГОУ ДПО СПбМАПО, научный руководитель – д.б.н. Васильева Н.В.

В научном исследовании Хостелиди С.Н. изучала клинико-лабораторные особенности внутрибольничного инвазивного аспергиллеза. Было показано, что внутрибольничный инвазивный аспергиллез составляет 69,5% всех случаев инвазивного аспергиллеза и развивается преимущественно у мужчин до 40 лет (медиана – 37 лет), а внебольничный инвазивный аспергиллез – у мужчин старшего возраста (медиана – 48 лет). Основные факторы риска развития инвазивного аспергиллеза: цитостатическая полихимиотерапия (96%), длительные (более 21 дня) агранулоцитоз (88%) и лимфоцитопения (75%). Больным с факторами риска инвазивного аспергиллеза показано мониторингирование уровня галактоманнана в сыворотке крови методом *Platelia Aspergillus* (два раза в неделю). При положительном тесте и/или наличии клинических признаков необходима компьютерная томография в режиме высокого разрешения органов грудной клетки и придаточных пазух носа. Работа была выполнена в ГОУ ДПО СПбМАПО, научный руководитель – д.м.н. Климко Н.Н.

Диссертационный совет Д208.086.01 создан при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И.Мечникова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (ГОУ ВПО СПбГМА им. И.И.Мечникова). В декабре 2010 г. в этом совете состоялась защита диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук Авалуевой Е.Б. на тему «Кандидоз кишечника у паци-

* Контактное лицо: Шевяков Михаил Александрович
Тел.: (812) 303-51-46

ентов с гастроинтестинальной патологией (особенности патогенеза, диагностика, лечение, профилактика). Защита проведена по двум специальностям: 14.01.28 – гастроэнтерология и 03.02.12 – микология. Было показано, что частота обнаружения грибов рода *Candida* в кишечнике при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта (хронический гастродуоденит и язвенная болезнь) варьирует от 25 до 35%, при этом наиболее характерным вариантом существования *Candida* spp. является *Candida*-носительство. При воспалительных заболеваниях нижних отделов пищеварительного тракта (язвенный колит и болезнь Крона) частота встречаемости *Candida* spp. в кишечнике увеличивается до 70% с преобладанием неинвазивного кандидоза кишечника (дисбиоза), который выявляют у 50% пациентов, в то время как у остальных больных имеет место *Candida*-носительство. Также выявили, что назначение антибиотических средств с целью эрадикационной терапии *H. pylori* при хроническом гастродуодените и язвенной болезни способствует увеличению частоты встречаемости *Candida*-носительства и развитию кандидоза кишечника. У пациентов с воспалительными заболеваниями нижних отделов пищеварительного тракта увеличению частоты встречаемости кандидоза кишечника способствует назначение глюкокортикостероидов в схемах лечения.

Молекулярно-генетическим исследованием биоптатов слизистой оболочки желудка и кишечника доказали, что при назначении антибактериальных препаратов модификация генетических свойств дрож-

жевых микромицетов в биотопах пищеварительного тракта отличается возрастом презентации генов адгезии и инвазии *Candida albicans*, в то время как при назначении глюкокортикостероидных средств возрастает презентация генов инвазии и генов, ответственных за морфологическую трансформацию гриба из дрожжевой формы в псевдомицелиальную. С практической стороны было обосновано, что выбор лечебного воздействия при выявлении кандидоза кишечника у пациентов вышеназванных групп следует осуществлять после определения степени тяжести данного патологического состояния на основании индекса активности кандидоза кишечника. При этом средством лечения первой линии, для пациентов с умеренной и тяжелой степенью тяжести кандидоза кишечника, является нерезорбируемый в кишечнике препарат натамицин, применяемый в дозе 400 мг в сутки в течение 10 дней; пациентам с легкой степенью тяжести возможно назначение пробиотиков на основе *Saccharomyces boulardii* по 1 капсуле 2 раза в сутки или пробиотических препаратов *Lactobacillus*, предписываемых в стандартных дозировках в виде кишечнорастворимых капсул, в течение 14-21 дней. Работа была выполнена при научном консультировании д.м.н. Успенского Ю.П. и д.м.н. Шевякова М.А. на кафедре пропедевтики внутренних болезней с курсами нутрициологии и клинического питания ФПК ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова».

Все четыре упомянутые выше диссертационные работы утверждены ВАК России.

